

Los cuidados integrales en salud en los barrios populares de Bariloche, Rio Negro: ¿cómo pensar el después del COVID-19?

Ana Domínguez Mon¹adominguezmon@unrn.edu.ar; Kaia Santisteban, Vanesa Cayumán, Alejo Arhensburg y Valeria Puricelli. (IIDyPCa/CONICET-UNRN)-

El COVID19 ha producido cambios en los modos de reproducción de la vida cotidiana de nuestras poblaciones, por ello y aceptando que nos encontramos en una fase de contagio de transmisión comunitaria consideramos que debemos rever y consensuar las formas de cuidados más apropiadas para que las familias con condiciones de vulnerabilidad social puedan sostener de manera real el aislamiento social preventivo y obligatorio. (Comunicado de Trabajadores Sociales de Bariloche, 15/5/2020)

Introducción

El estudio de los cuidados integrales en salud con enfoque etnográfico nos permite reconocer una categoría de análisis en uso en una situación crítica. Al mismo tiempo que advertir transformaciones que parecían demoradas en función de dar respuestas institucionales, del mismo modo que la aparición de conflictos sociales invisibilizados. Cuando territorialmente se trabaja a partir de una mirada integral de la salud (reconociendo condiciones en que las personas viven y se relacionan y a partir de las cuales enferman y mueren), el advenimiento del COVID19 obligó a repositionar a las/os trabajadoras/es de la salud en oposición a miradas individualistas. Repensar la propia práctica a partir de repensarse como sujetos interdependientes, como cuidadores y como responsables del cuidado institucional entre pares. Nuestro trabajo en dos centros de salud en áreas de extrema fragilidad social por condiciones de vida nos lleva a pensar que la mirada integral de los cuidados no solo se adquiere a través de la formación profesional (presente en los profesionales entrenados en APS) sino como agencia social aprendida en y desde la práctica sanitaria cotidiana.

Los cuidados integrales como objeto de estudio

Cuando reparamos en el sentido que adquiere la noción “cuidados integrales en salud” (Tenzi, Merhy,) como las acciones que se producen en tanto “encuentro” entre las personas involucradas en las acciones sanitarias, nos apartamos de la visión mecanicista por la cual la vida queda reducida a una incorporación de saberes prácticos frente a la atención de un paciente en el momento de la consulta. Si nos atenemos a la integralidad como expresión de la vida humana, los cuidados integrales deben reconocer dimensiones que se ven afectadas por el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados y que para ello deberá colocar “la centralidad de las prácticas de salud en el cuidado, en las demandas y en las necesidades en salud de las personas y los colectivos” (Terenzi, 2016:117) Esta visión no es ajena a la mirada del método etnográfico que nos invita a reconocer qué dimensiones de la vida de las personas se ven intervenidas o afectadas por el fenómeno que deseamos estudiar.

¹ Integrante de RAICES, Red Argentina de Investigaciones de Cuidados en Salud.

Cuando nos propusimos trabajar con los cuidados integrales como objeto de estudio en los barrios populares de la ciudad de San Carlos de Bariloche, sabíamos de la larga tradición del trabajo territorial en la provincia de Río Negro con leyes que van desde la desmanicomialización (1991) hasta los cuidados paliativos (2003), hasta los más recientes, como es la Ley de muerte digna la Ley B 4264 (2009) y recientemente 22/08/2018 la adhesión a la ley nacional que establece el marco regulatorio para la investigación médica y científica del uso medicinal de la planta de Cannabis y sus derivados y recientemente (2017), reglamentada el 15 de julio de 2020. De este modo las leyes provinciales prefijaron o acompañaron iniciativas nacionales en el campo de la salud que expresan miradas comprensivas de cómo abordar los problemas de salud. En la provincia también es pionera en las prácticas comunitarias de la salud en el primer nivel de atención de la salud llevadas a cabo a través de lo que se conoce como Atención Primaria de la Salud siendo una instancia que concentra prácticas sanitarias de atención, prevención y promoción de la salud en contacto permanente con la población en su lugar de residencia que se reconoce con la denominación nativa de “territorio”.

La ciudad de Bariloche con 130.000 habitantes posee 16 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) que inicialmente se ubicaron alrededor del Hospital Zonal Ramón Carrillo nacido bajo el nombre de Hospital Común Regional en 1938 y que en 1973 lo cambió a Dr. Ramón Carrillo. La dependencia hospitalaria que articula las acciones con los 16 CAPS es el Departamento de Actividades Programadas para el Área (DAPA). Esta es una articulación que existe con diferentes denominaciones en todas las áreas programáticas del país. La particularidad de los CAPS de Bariloche, además de haber crecido y que se haberse extendido debido al aumento de población en el casco urbano, es que tempranamente en la década de los 70 del siglo pasado han recibido el aporte de los médicos generalistas² y de los agentes sanitarios³. Citamos particularmente estas dos profesiones porque destacan en su formación profesional una mirada “integral” de la salud. Y es por ello que articulan la promoción de medidas sanitarias, la prevención de la ocurrencia de enfermedades y, particularmente los médicos generalistas, incorporan estas miradas en sus prácticas. En muchas áreas de la Argentina la Medicina General adquiere la modalidad de especialidad médica rural y actualmente es una de las especialidades más dinámicas en norpatagonia.

² Ver Antecedentes, Cap 1 de la página de la Federación Argentina de Medicina General <http://www.famg.org.ar/index.php/institucional/grupos-de-trabajo/490-historia-de-famg?showall=&start=1>

³ Los equipos de salud de los CAPS están formados por agentes sanitarios, enfermeras/os, médicas/os (clínica médica, medicina general, pediatría y residentes de las especialidades) psicólogas/os, trabajadores sociales, operadores de salud mental, odontólogos y administrativos.

Los cuidados integrales como imperativo de trabajo en APS

El énfasis de la integralidad en APS tiene un punto de inflexión en Alma Ata, 1978) y desde allí se han producido miradas en la forma en que los conjuntos sociales ven y actúan sus propias acciones en salud a partir de las dinámicas territoriales. Estas relaciones entre las instituciones (del estado, de la sociedad civil y las propiamente sociales (familias) han develado, a la vez que invisibilizado, este espacio social que cada vez cuenta con más agentes que producen acciones que viabilizan cambios no siempre percibidos en las estructuras de mayor responsabilidad asistencial como son los hospitales cabecera. La particularidad de la organización institucional sanitaria en San Carlos de Bariloche es los CAPS nacen como parte de las miradas sanitarias, demandas locales y luego articulan relaciones espacios sociales que van desde los propios de municipio: Centros de Atención y Articulación Territorial (CAAT) como articulación entre el Municipio y los “vecinos” a partir de demandas de la comunidad como propuestas municipales que comprenden tanto gestiones administrativas como actividades culturales o de promoción social; además están las juntas vecinales (61), instancias de organización y administración de servicios comunitarios, que surgen como organizaciones civiles destinadas al nucleamiento de vecinos, la ejecución de servicios, obras y mejoras de los espacios públicos del área de geográfica que comprenden y por delegación municipal. El espacio urbano comprende además instituciones educativas, religiosas, áreas urbanizadas y en proceso de urbanización de acuerdo con la dinámica local.

Dos centros de salud y los cuidados producidos por diferentes agentes.

Elegimos para trabajar durante 2019 dos centros de salud con diferencial ubicación espacial e historicidad en “el territorio”. El CAPS “34 Has”, que toma su nombre de un espacio que inicialmente comprendió 34 hectáreas. Surgido en la década que va de 1960 a 1970, este espacio resulta de la reubicación de familias de seis barrios diferentes. Es el resultado de un proceso culmina después de una larga lucha que llevaron adelante ciento de familias de sectores populares cuyo objetivo era acceder a la tierra y vivienda propia. Esto se dio a partir de la ocupación de tierras fiscales y privadas (alrededor de 500 familias) y que se produjo en diferentes partes de la ciudad. Desde los 80, a partir de una serie de medidas judiciales se produjo la organización de los diferentes asentamientos . Recién en entre 1989y 1994 se planifico y logró la ubicación en barrios en lo que hoy se conoce como 34 hectáreas, nombre que toma en CAPS. Su ubicación sobre la ruta nacional 40, en dirección sur-oeste de la ciudad: Comprende de los barrios: Unión, 2 de Abril ,645 Viviendas y 29 de Septiembre, de reciente radicación. El CAPS surge a partir de acciones locales y la necesidad sanitaria de brindar actividades en APS para los pobladores.

“La historia de cada uno de los centros de salud estuvo relacionada con diversas iniciativas de distintos actores para obtener un lugar físico en la junta vecinas, una pequeña pieza que en virtud de las prácticas devino consultorio hasta lograr que se cediera ese lugar, estático y en esa misma trama se construyendo el espacio del centro de salud. En algunos casos, el lugar físico pertenece a iglesias, en otros es producto de donaciones o se usa en calidad de préstamo. En diversidad de situaciones lleva a uno de los médicos generalistas a un centro de salud a definirse como “ocupas”, en virtud de las situaciones de informalidad respecto de la tenencia de la tierra en la que está emplazado el centro de salud” (Pérez y Perner, 2018:4)

Este isomorfismo del surgimiento no cedido y no propio de los CAPS en los 80s tiene que ver con que la salud aparece como ese espacio no siempre planificado, sino que acompaña los devenires de los conjuntos sociales. Luego la dinámica de legitimación lleva a crear un espacio con instalaciones que tienen esa compleja conformación: donaciones, espacio cedido por el municipio o particulares y luego la conformación edilicia con espacios que albergan incluso un consultorio odontológico.

En nuestro trabajo de campo hemos registrado durante 2019 hemos registrado actividades propias de los programas nacionales (maternoinfantil, sumar, remediar, inmunizaciones) y acciones que se fueron generando como propias de ese espacio social que se llevaron a cabo en el espacio mismo del Centro como en “extramuros” (en el CAAT, en establecimientos educativos) En nuestras entrevistas y recorridas con las agentes sanitarias y profesionales médicas y de salud mental, reparamos en actividades en las que las/os profesionales y personas administrativo fueron participando como iniciativas propias (caminatas recreativas con adultos mayores⁴. A pedido del CAAT comenzaron a ofrecer un “taller de belleza” a mujeres del barrio para lograr un emprendimiento que les permitiera adquirir una capacitación en las actividades de peluquería, manicuría y maquillaje. Estas habilidades además les comenzaron a brindar el acceso a ingresos propios que producían transformaciones en su autoestima. Esta actividad está coordinada por una de las agentes sanitarias. Por otro lado comenzaron a desarrollar un programa nacional de Adolescentes a partir de la demanda de la directora (2019) de un colegio público secundario. Se ofreció a los integrantes del CAPS un espacio en la escuela para que las y los adolescentes pudieran consultar por diversas cuestiones relativas a embarazos no queridos, violencia de género así como consultas sobre educación sexual integral e identidades de género. La organización de pares de trabajadores brindó un puente entre la escuela y el CAPS permitiéndoles armar un archivo de las consultas y los temas de consulta en los que se guarda confidencialidad para con las autoridades escolares y padres.

⁴ Prevención y control de Enfermedades Crónicas No transmisibles (ECNTs), obesidad coordinadas por el recepcionista (operador en salud mental) y una empleada de maestranza (mucama)

En articulación con la presidenta del barrio 29 de septiembre y en respuesta al pedido de una mamá se genera la demanda de contar con un espacio para puérperas con el fin generar talleres sobre la lactancia y crianza. Si bien, desde el advenimiento del aislamiento social a partir de la pandemia por COVID19 se suspendieron todas las actividades de promoción y prevención en el CAPS, lxs profesionales continuaron realizando los controles pediátricos a niños menores de seis años, a las embarazadas, así como la entrega de medicación. Simultáneamente se confeccionaron videos para difundir las formas posibles para garantizar el aislamiento social (alentando a no asistir al CAPS y a no circular en el espacio público) Estos mensajes iniciales dieron paso a información más específica sobre las vías de contagio y actividades virtuales que se publicitan por las redes sociales (Facebook, WhatsApp) Estos medios facilitan la efectivización de actividades administrativas: turnos para consultas, atención o telemedicina para pacientes considerados población “de riesgo” o “vulnerables” al contagio: personas que viven con enfermedades crónicas, mayores de 65 y se logró finalizar la implementación de las historias clínicas digitales.

Un CAPS en territorio con población joven.

En 2019 se inauguró el CAPS número 16 de la ciudad de Bariloche. Ubicado en la región oeste de la ciudad en el barrio San Francisco IV, en un área de asentamientos recientes y próxima a un vertedero de residuos ubicado muy próximo a la ruta nacional 40 con acceso a la salida este de la ciudad. Este CAPS estuvo inicialmente dirigido por un médico pediatra que buscó responder a las necesidades de una población mayoritariamente joven con niños pequeños. El equipo de salud posee menor número de integrantes y espacio con menos consultorios y especialidades (no cuenta con consultorio odontológico) Las actividades que registramos inicialmente tenían que ver con las realizadas por la y el agente sanitaria/o. Una de las actividades que mayor impacto tuvo en el propio personal de salud fue realizar recorridos guiados por lxs agentes en las que profesionales que usualmente no recorren el barrio aprendieran esta práctica de la mano de lxs agentes. De esta forma las/os vecinas/os lxs fueron reconociendo, al mismo tiempo que lxs propios profesionales reconocían a los vecinxs en sus viviendas.

Como relatamos en el caso del Centro 34 Has, a partir del inicio de las medidas sanitarias por la pandemia, desde marzo del año 2020 gran parte de las actividades que se realizaban en este centro se vieron afectadas. Cuando hablamos con algunos miembros del equipo de trabajo en este centro nos explicaron lo siguiente:

“hay un montón de cambios, de reacomodos, hay turnos, pasa determinada cantidad de gente, hay horarios de respiratorios (nebulizaciones), horarios de vacunas, rotaciones de la gente, cobertura de guardia, hay bastante para hablar”. (e.p. psicóloga infantil del CAPS La Habana, julio del 2020).

En relación con este cambio de dinámicas, algunas de las cuestiones que expresaron las y los trabajadores tuvieron que ver con críticas hacia las condiciones materiales en las que deben trabajar, por ejemplo, cuando nos transmiten que “no son muchos en la zona de la habana que puedan hacer video llamada o llamadas” para la atención de consultas programadas.

Como en el 34 Has, la información que difunde el CAPS se hace a través de las redes sociales como uso de Facebook o de *Whatsapp*. Sin embargo, los accesos a estos medios de comunicación son restrictivos para gran parte de los vecinos.

Según nos remarcaron cambió la modalidad del trabajo institucional y en el centro de salud fundamentalmente los espacios tradicionales trabajo con niñas/os se suspendieron o se realizan por video llamada o llamada por celular. Nos advierten que en el caso de lxs niñxs, para el trabajo profesional utilizan juguetes, lápices o emplean materiales expresivos. Dado que deben evitar el contagio por compartir objetos, el trabajo habitual con niñxs cambió de manera radical. Por otro lado, debieron repensar las interacciones a partir del uso del tapa boca y nariz, puesto que requirió un entrenamiento que permitiera incorporar un uso adecuado y repensar obstáculos para un empleo sostenido en el tiempo.

¿Cómo llevar adelante una atención integral cuando faltan profesionales? A través del teletrabajo esto reconfiguró la dinámica cotidiana de trabajo. No existe un horario de trabajo y otro de tiempo libre.

“en qué me modificó [Se refiere a la pandemia]? Me modificó en todo, en los horarios, en la vida porque trabajo de 8 de la mañana hasta 8 de la mañana y desde lunes a lunes, todos los días. Cuando estaba en el centro de salud lo hacía de lunes a viernes de 8 a 16hs y ahora es de lunes a lunes de 8 a 8”. (e.p. agente sanitaria del CAPS La Habana, julio 2020).

Aprendizaje de los cuidados en territorio y en el hospital

La crisis en los equipos de salud llevó a crear un comité epidemiológico de crisis, en el cual el mismo equipo de cuidados paliativos del hospital reconvirtió su propio trabajo en función de dar

respuesta a las/os compañeras/os de trabajo, articulando estrategias de “apoyo emocional” con una perspectiva grupal de abordaje para distintas áreas y distintas/os trabajadoras/es:

“Se trabajó en torno a un dispositivo y estas dos psicólogas del área de adultos lo que hacían era generar un espacio de derivación en caso de que alguno del personal de salud ya requiriera una asistencia más desde lo individual desde lo puntual yo estuve en muchas reuniones de eso trabajando en apoyo emocional a distintos grupos de distintas áreas del hospital (...) a la vez siendo nosotras mismas atravesadas por esto mismo porque somos trabajadoras de salud (...)” (Psicóloga de niños del CAPS, julio2020).

Esto también se debe analizar articuladamente con el profesional interviniente (en su variabilidad), su historia institucional y disciplinar. Remarca la psicóloga entrevistada y otras/os profesionales la importancia del “acompañamiento”⁵ respetuoso : con terapias a padres y no con los niños en sí. La mirada integral recupera en la práctica quién queda fragilizado frente al cuidados de los más vulnerables (en este caso lxs niñxs). Se dieron situaciones conflictivas entre vecinos o a partir del aislamiento de algún integrante del grupo familiar: cuarentena en hoteles en los que perdían contacto con las familias, temían por la seguridad de sus viviendas frente a los posibles robos o destrozos al ser caracterizados como “sospechosos”⁶. Estas situaciones derivaron en conflictos barriales y la necesidad de trabajo territorial por parte de las y los profesionales de la salud que podían intervenir y mediar porque eran reconocidos por las y los vecinos como agentes en los que podían confiar. Estos conflictos fueron tema de coberturas periodísticas y de algunos funcionarios públicos que debieron retractarse al utilizar términos discriminatorios.

Simultáneamente reorganizar espacios para respetar la distancia física y trabajar que este distanciamiento no debía abarcar cuestiones de etiquetamiento. Han sido y siguen produciéndose encuentros en las mesas de crisis que se realizan en diferentes espacios a los que acuden representantes de diversas organizaciones sociales, municipales y religiosas.. La atención a los que presentaban y presentan afecciones respiratorias debían realizarse en horarios específicos y diferencias estas consultas de los controles habituales a niños y embarazadas.

A medida que el contagio avanzó, el número de personal disponible (por tener enfermedades preexistentes o por haberse contagiado) fue disminuyendo. La agente sanitaria dejó el CAPS para dedicarse a una tarea de tiempo completo para recibir “repatriados” en ómnibus y aviones a la ciudad en cualquier horario y debe estar disponible las 24 horas de lunes a lunes. Dado que la a menos de la mitad. Otro agente sanitario está destinado al acompañamiento de personas con diagnóstico positivo síntomas (fiebre, ausencia de olfato, dolor de garganta) hasta la confirmación o no por hisopado de fauces que son alojadas los hoteles⁷.

⁵ Reparamos que el sentido del acompañamiento en estos ejemplos recuperan la tradición de la reducción de daños en el campo de las políticas de drogas (Romani, 2009) aunque en ciertas ocasiones de extrema fragilidad, v el acompañamiento no aparezca como sinónimo de cuidar (Candil,2016)

⁶ Nombre inicialmente otorgado al caso de ocurrencia de COVID19 y rápidamente resignificado como relativo a la persona afectada.

⁷ En Bariloche hay actualmente dos hoteles en zona céntrica y la Escuela de Hotelería en la zona este de la ciudad.

Pero eso va más allá de la salita, en la salita por supuestos seguimos con los espacios de reunión de equipo como una herramienta de cuidado y de poder ir trabajando estas cuestiones que tiene que ver con lo emocional y vincular.

Aprendizaje territorial de los cuidados en pandemia

Afirmamos que la integralidad en tanto abordaje sanitario, muchas veces enunciada pero no siempre recuperada en las acciones, nos devuelve miradas metodológicamente comprensivas particularmente en el análisis de los cuidados. Centrados en las personas como sujetos de cuidados y en la interdependencia de sus acciones, descubrimos al cuidado siempre como una actividad creativa. Los análisis en torno a los cuidados nos demuestran la interdependencia de las acciones que emprendemos para cuidar a otros (El cuidado entre pares y con los usuarios)

. Existen miradas disímiles en cómo los propios agentes caracterizan los cuidados y a través de qué propuestas logran llevarlos a cabo: por demandas concretas o redefiniendo solicitudes de intervención institucionales. En todos los casos, el cuidado no aparece como una práctica de responsabilidad individual sino como resultado de un acuerdo grupal y/o colectivo (sea hacia los usuarios de los servicios como entre trabajadores de la salud) La perspectiva relacional propia del trabajo de campo antropológico, nos permite pensar las prácticas que permite reconocer formas específicas en que las personas otorgan valor a acciones formas específicas en las que conciben los cuidados: a partir de las miradas propias y de las instituciones con las cuales están vinculados (CAPS 34 hs) o como intervención frente a situaciones de conflictividad social, cuidar y acompañar

Bibliografía

Candil, AL (2016)

Pérez, Soledad; Perner, Serena (2018) El acceso a la salud desde un enfoque de derechos.

Percepciones de los equipos de salud de la Zona Andina de Río Negro. **Revista Pilquen.**

Sección Ciencias Sociales, [S.l.], v. 21, n. 3, p. 32-44, oct. 2018. ISSN 1851-3123. Disponible

en: <<http://revele.uncoma.edu.ar/htdoc/revele/index.php/Sociales/article/view/2086>>. Fecha de

acceso: 31 July 2020

Sanders, David, Labonté, Ronald, Packer, Corinne, & Schaay, Nikki. (2012). Dimensiones comunitarias de la Atención Primaria Integral en Salud. *Saúde em Debate*, 36(94), 473-481. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000300018>

ROMANI, Oriol (2008) Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño (a). Drug Policies: prevention, participation and harm reduction. *Salud colectiva* v.4 n.3 Lanús sept./dic. 2008. Terenzi

<https://www.legisrn.gov.ar/ORIGINAL/P00298-2017.pdf>